Nr 31. Kraków, 9. sierpnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 9 sierpnia 1919. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O szczepieniach ochronnych przeciw durowi brzusznemu.

Podał

Dr Maksymilian Blassberg.

Powodem, dla którego w ostatniej wojnie tak skrupulatnie zwalczano choroby zakaźne w ogóle, a w szczególności dur brzuszny i przeprowadzano szczepienia ochronne, był fakt, że straty armii, wywołane przez dur brzuszny w wojnach dawniejszych, były olbrzymie i przewyższały straty, wynikłe z ran. Tak n. p. w wojnie północno-amerykańskiej (1861—1865) zachorowało w armii amerykańskiej przeszło 75.000 żołnierzy, a zmarło przeszło 25.000 na dur brzuszny. W wojnie francusko-pruskiej (1870—1871) zachorowało po stronie niemieckiej na dur przeszło 73.000 żołnierzy, tj. około 9% całej armii, a z tego zmarło blisko 9.000, tj. 11 do 12%. Jeńców francuskich w niewoli niemieckiej zmarło wówczas około 4.000. W wojnie rosyjsko-tureckiej (1876—1877) zachorowało w armii kaukaskiej i bałkańskiej na dur brzuszny około 200.000 ludzi, a zmarło około 40.000, tj. 25%; z powodu ran zginęło mniej, bo 34.700 ludzi. W walkach Anglii z Burami w Afryce (1899—1900) miała armia angielska około 43.000 chorych na dur brzuszny. W armii niemieckiej w walce afrykańskiej z Hererami wypadało na 1.000 żołnierzy 428 zachorzeń na dur brzuszny, a podczas wojny rosyjsko-japońskiej było w armii rosyjskiej 30.000 przypadków tej choroby. Cyfry te mieszczą w sobie niewątpliwie liczne zachorowania, które ze stanowiska ścisłej dyagnostyki klinicznej nie były wyłącznie durem brzusznym, atoli olbrzymia liczba zachorowań sprawiła, że w ciągle zbrojących się Niemczech Robert Koch (aczkolwiek wobec szczepień ochronnych zajmował stanowisko wyczekujące) zaczął nawoływać do energicznej walki z durem brzusznym, a Francuzi głównie pod wpływem Chantemessa i Vincenta zwrócili baczną uwagę na szczepienia ochronne wojska przeciw tej chorobie.

Szczepienie ochronne przeciwdurowe polega na uodparnianiu czynnem. Uodparnianie bierne bowiem, polegające na wstrzykiwaniu surowicy przeciwdurowej, chroniłoby ustrój przeciw zakażeniu zaledwie tylko na przeciąg trzechtygodniowy. Szczepienie czynno-ochronne oparto na badaniach Chantemessa, Widala, Vincenta i Sanarellego we Francyi, Briegera, Wassermanna, Kitasato, Friedbergera, Moreschiego, Beumera i Peipera w Niemczech, Harissona i Leishmanna w Anglii, oraz Bruschettiniego we Włoszech. Badania te wykazały, że można uchronić zwierzęta przed zakażeniem na pewno zabójczemi dawkami bakteryi durowych, wstrzykując im wprzód mieszankę zabitych bakteryi durowych. Szczepienia te przeniósł w roku 1896 w Anglii Wright, a w Niemczech Pfeiffer i Kolle na ludzi. We Francyi wprowadzono je w roku 1911, a od marca 1914 stały się obowiązującemi w armii francuskiej. Właściwy zabieg polega na wstrzykiwaniu podskórnem szczepionki, będącej zawiesiną hodowli bakteryi durowych, mniej lub więcej wyjałowionych lub też nie wyjałowionych, przyrządzonych rozmaicie, odpowiednio do danej metody. Przytem nie jest rzeczą obojętną, jakiego szczepu bakteryjnego używa się do sporządzania szczepionki. Rozmaite bowiem szczepy różnią się między sobą, zwłaszcza co do jadowitości. Które z nich najbardziej nadają się do stosowania ochronnego, tego całkiem ściśle określić się nie da. Jedni (Wright i Leishmann) uważali za odpowiednie bakterye mało jadowite, gdy inni (Bassenge i Mayer) stosowali tylko szczepy silnie jadowite. Niektórzy autorowie, zwłaszcza niemieccy, polecają używanie bakteryi, mających własność silnego wiązania substancyi bakteryobójczych. Jeżeli mianowicie zmieszamy z surowicą przeciwdurową rozmaite hodowle durowe, to one niejako absorbują w silniejszym lub słabszym stopniu substancye bakteryobójcze surowicy. Ta własność wiązania substancyi bakteryobójczych nie idzie jednak w parze z jadowitością bakteryi. Niektórzy (Vincent, Wassermann) polecają szczepionkę wielowartościową, pochodzącą z rozmaitych hodowli durowych. Ta rozmaitość metod sprawiła, że aczkolwiek zasada główna szczepień ochronnych jest jedna, to jednak szczepionek jest wiele i różne państwa i kraje, a nawet różne władze stosowały odmienne metody szczepienia. Do najbardziej rozpowszechnionych należą metody Wrighta i Leishmana oraz Pfeiffera i Kollego, których zasadnicza różnica polega na użyciu do szczepionki hodowli bakteryjnej z różnych podłoży. Wright i Leishman używają hodowli z bulionu peptonizowanego, poddanej działaniu ciepłoty 53 stopni z dodatkiem lyzolu, a Kolle i Pfeiffer hodowli agarowej, poddanej wyższej ciepłocie z dodatkiem karbolu. Na korzyść hodowli agarowej rozstrzygnął w Niemczech fakt, że hodowle agarowe są czyściejsze, bulionowe natomiast łatwo mogą się zanieczyszczać, a co gorsza, mogą zawierać tężec. Oprócz tego zawiera szczepionka Wrighta pepton, którego wstrzykiwanie jest bolesne i wywołuje u ludzi wrażliwość, co przy powtarzaniu wstrzykiwań nie jest rzeczą obojętną. Oprócz dwóch powyższych sposobów istnieją jeszcze inne metody lub modyfikacye mniej lub więcej rozpowszechnione. I tak: Johann dla usunięcia odczynu, wywołanego przez rozpuszczone toksyny usuwa je zapomocą odwirowania i trzykrotnego przemywania zabitych ciał bakteryjnych. Besredka stosuje szczepionkę czynną i bierną, tj. mieszaninę, złożoną z hodowli bakteryi z surowicą ochronną. Bassenge i Rimpau stosują szczepionkę Pfeiffera i Kollego, ale dawkę zmniejszają do $^1/_3$—$^1/_5$ uszka hodowli. Friedberger i Moreschi stosują znacznie mniejsze dawki ($^1/_{50}$ do $^1/_{4000}$ uszka) bakteryi, zabijają bakterye w ciepłocie 120 stopni, ale natomiast szczepią dożylnie. Levy i Blumenthal używają mieszanek bakteryi w rozczynach cukrowych (w glukozie lub galaktozie) lub też w skoncentrowanych rozczynach mocznika. Shiga i Neisser stosują przesącze wodnych zawiesin ogrzanych bakteryi. Vincent stosuje wielowartościową szczepionkę, uzyskaną z autolizy bakteryi. Szczepionka Wassermanna ma postać rozpuszczalnego proszku i pochodzi z wyciągu ciał mikrobów, poddanych autolizie, przesączonych i wysuszonych. Mac Fadyen i Rowland zamrażają hodowle przy pomocy płynnego powietrza, rozcierają je, kruszą i sączą i stosują przesącz do szczepionek. Bassenge i Mayer stosują przesącze żywych bakteryi. Courmont i Rochaix stosują hodowle wyjałowione w postaci lawatywy z dodatkiem makowca. W Krakowie była w użyciu przeważnie szczepionka Bujwida, wielowartościowa, uczulona zapomocą silnej surowicy przeciwdurowej sposobem Besredki.

Wszystkie szczepienia ochronne wywołują mniej lub więcej silny odczyn, bądźto miejscowy w miejscu wstrzyknięcia, bądź też ogólny. Odczyny te bywają niekiedy dość silne, wszelako nie są niebezpieczne dla życia. Zazwyczaj wstrzykuje się w skórę piersi, brzucha, ramienia lub pleców. Za najodpowiedniejszą okolicę uważano u nas przednią stronę klatki piersiowej, a Francuzi szczepią chętnie w okolicy łopatek. W 3 do 12 godzin po wstrzyknięciu powstaje w miejscu wstrzyknięcia obrzęk i zaczerwienienie ściśle ograniczone, wielkości dłoni, przy dotykaniu bolesne. Niekiedy występuje obrzęk najbliższych gruczołów. Po wstrzykiwaniu w klatkę piersiową spostrzegano prócz obrzęku gruczołów podobojczykowych i pachowych także przejściową sztywność karku i bóle ramienia. Objawy te znikają w ciągu

36—48 godzin. Wyjątkowo spostrzegano znaczniejsze obrzęki, obejmujące np. połowę klatki piersiowej. Taki sam odczyn miejscowy występuje po drugiem i trzeciem wstrzyknięciu, ale zwykł się zaczynać nieco później, a po drugiem wstrzyknięciu bywa nieco większy, niż po pierwszem. Z objawów ogólnych na pierwszem miejscu stoi gorączka, zmienna co do natężenia, obracająca się w granicach między 37·4 a 39 stopni, rzadziej wyższa. Zjawia się ona zazwyczaj w dwie do czterech godzin po wstrzyknięciu, niekiedy później, a wyjątkowo można spostrzegać gorączkę, występującą dopiero w 36 godzin po wstrzyknięciu. Najczęściej następuje jednorazowy podskok ciepłoty, rzadziej utrzymuje się gorączka przez dwa do trzech dni, albo się podnosi na drugi dzień znowu, a nazajutrz opada. Przed wystąpieniem gorączki w pół do 1 godziny po wstrzyknięciu występują często dreszcze, ból głowy i osłabienie ogólne. Wymioty widywałem rzadko, choć niektórzy autorowie podają częstość ich na blisko 20%. Ból głowy, głównie wieczorem, występuje również u blisko 20% szczepionych. Po drugiem wstrzyknięciu ochronnem bywają zazwyczaj objawy ogólne słabsze, wszelako występują zwykle u blisko 10% szczepionych. Natomiast gorączka zwykle się wtedy podnosi, gdy po pierwszem wstrzyknięciu nie było jej wcale lub gdy była tylko słaba. Przy stosowaniu wymienionych innych szczepionek bywa albo odczyn ogólny mniejszy, a miejscowy silny, albo też naodwrót. Rodzaj odczynu zależeć może przy tej samej metodzie od pochodzenia szczepionki, gdyż między szczepionkami, pochodzącemi z rozmaitych pracowni, mogą zachodzić znaczne różnice w jakości odczynu. Na ogół też sposób oddziaływania jest indywidualnie różny i niezależny ani od zawodu, ani od konstytucyi ciała. U alkoholików widywałem silniejsze odczyny, nieraz połączone ze znaczną prostracyą ogólną. Przeciwko objawom odczynowym poszczepiennym poleca Wright wewnętrzne podanie 2 gr. chlorku wapniowego (calcium chloratum crystalisatum) podczas szczepień oraz w 6—12 godzin po szczepieniu, a Louis i Combe podanie jednego grama antypiryny z dwuwęglanem sody, lub $^1/_2$ gr. aspiryny.

Lekarze czasem, jak n. p. w ostatniej wojnie, musieli równocześnie szczepić przeciw różnym chorobom, n. p. ospie, tyfusowi i cholerze, i to w możliwie szybkiem tempie, gdy chodziło o szybkie zaszczepienie armii zagrożonej. W tych przypadkach chodzi w praktyce albo o mieszane lub wielowartościowe szczepionki, albo o takie rozdzielenie różnych szczepień, aby odstępy czasu między niemi nie były zbyt krótkie, aby odczyny po poszczególnych szczepieniach nie sumowały się ze sobą, a przez to nie potęgowały się niepotrzebnie i aby każdy ewentualny odczyn przebrzmiał zupełnie przed nowem wprowadzeniem szczepionki. Salomon i Weber szczepili równocześnie przeciw ospie i durowi. Schmitz stosował równocześnie szczepienie przeciw durowi i cholerze, których szczepionki mieszał i zyskiwał przez to około dwóch tygodni na czasie. Glaser sporządzał skombinowaną szczepionkę choleryczno-durową, stosowaną w 3 wstrzykiwaniach po 1 cm³ w odstępach 5-dniowych. Vidal i Courmont przeprowadzali szczepienie przeciwdurowe, połączone ze szczepieniem ochronnem przeciw paratyfusowi A i B, a Nobel robił doświadczenia ze szczepionką połączonych prątków durowych z bakteryami okrężnicy.

Badanie kliniczne krwi po szczepieniu wykazuje oprócz aglutynacyi tyfusowej, którą później omówię, w ciągu pierwszych trzech do czterech tygodni zmianę, zupełnie podobną do obrazu krwi w durze, dotyczącą zarówno ogólnej liczby, jakoteż wzajemnego stosunku krwinek białych. W durze brzusznym, jak wiadomo, zmienia się obraz cytologiczny krwi w różnych okresach choroby. W okresie pierwszego narastania gorączki bywa mierna leukocytoza neutrofilna, która wkrótce ustępuje miejsca ogólnej leukopenii, a eozynofile zupełnie znikają. Przez cały czas okresu ciągłej gorączki obraz ten się utrzymuje, a w okresie zwolnień i spadku gorączki zwiększa się liczba limfocytów, maleje liczba neutrofilów, a eozynofile znów zaczynają się pojawiać. Limfocytoza i eozynofilia ta utrzymuje się jeszcze przez 2—3 miesięcy po ustaniu gorączki. U szczepionych ochronnie bezpośrednio po pierwszem wstrzyknięciu występuje również nieznaczna leukocytoza neutrofilna, która między 3. a 7. dniem po szczepieniu przechodzi w leukopenię z ubytkiem neutrofilów i eozynofilów. Wkrótce jednak następuje stopniowy powrót do normy, tak, że na trzeci dzień po drugiem wstrzyknięciu bywa już obraz krwi zwykle prawidłowy. Ponieważ siłę fagocytarną, a zatem i do pewnego stopnia stan odporności wobec zakażenia wiążemy z neutrofilami, przeto okres wybitnego ubytku neutrofilów i leukopenii nazwano fazą ujemną i przyjmowano, że w tym okresie jest wrażliwość na zakażenie raczej spotęgowana, a potem następuje okres odporności, to jest »faza dodatnia«, związana z przyrostem neutrofilów. Siła ogólnego odczynu ustroju po szczepieniach ochronnych nie idzie równolegle do zmiany w składzie krwi. Dodatkowo chciałbym tutaj wspomnieć, że niektórzy autorowie (Labor), znajdując bardzo często eozynofilię we krwi żołnierzy, chcieli ją łączyć w związek przyczynowy ze szczepieniem. Spostrzeżenia jednak Thallera i moje (Przegląd lek. 1916), z których wynika, że podczas wojny bardzo często napotykano w przewodzie pokarmowym u żołnierzy glisty, każą wnosić, że właśnie z obecnością glist w ustroju zapewne łączy się eozynofilia.

Celem szczepień ochronnych jest czynne pobudzenie ustroju do wytwarzania substancyi ochronnych i leczniczych przeciw mikrobom chorobotwórczym i ich produktom, które wprowadzamy do ustroju ze szczepionką. Substancye takie, jak to wykazały badania Weigerta, tworzą się przy uodpornieniu zwykle w nadmiarze. Wyobrażamy sobie, że ustrój, nauczywszy się zabijać martwe lub słabo jadowite mikroby, nabiera przez to większej mocy wobec żywych i jadowitych bakteryi. Nasuwa się

pytanie, czy po tych szczepieniach ochronnych pojawia się istotnie swoista odporność przeciw durowi. Wytworzenie się takiej odporności u człowieka nie daje się bezpośrednio wykazać i jest niedopuszczalne, bo polegałoby na doświadczalnem wprowadzeniu do zdrowego ustroju ludzkiego dawki mikrobów na pewno groźnej. Pozostają tedy dowody inne. Jak wiadomo we krwi durowych powstają pewne ciała swoiste, które wytworzyły się pod wpływem choroby. Są to t. zw. niweczniki (anticorps). Otóż obecność tych ciał, a mianowicie: substancyi bakteryobójczych, aglutynin, bakteryolizyn, opsonin, precipityn i t. p., stwierdzono także we krwi po szczepieniach ochronnych. Wykazano niewątpliwie, że w jakiś czas (około 7 dni) po zaszczepieniu własność bakteryobójcza surowicy potęguje się. Jeżeli wstrzykniemy morskiej śwince wagi 200 gr. dziesięciokrotną zabójczą dawkę żywej hodowli durowej, to surowica krwi człowieka nieszczepionego ani nawet w ilości $^1/_3$ cm^3 równocześnie wstrzyknięta nie zdoła ochronić zwierzęcia od śmierci, gdy surowica człowieka ochronnie szczepionego w 11—12 dni po szczepieniu okazuje siłę bakteryobójczą w ilości mniejszej, niż $^1/_{100}$ cm^3.

Jednakże występowania niweczników we krwi szczepionych nie można uważać za bezwzględny wyraz uodpornienia swoistego. Niweczniki bowiem są tylko wyrazem odczynu na zakażenie, a nie wyrazem odporności. Tak n. p. obecność substancyi bakteryobójczych we krwi durowych stwierdza się w przebiegu choroby, a znikają one w okresie zdrowienia i mimo silnej bakteryobójczości krwi u poszczególnych chorych spostrzegano u nich nawroty choroby. Również aglutyniny z reguły pojawiają się w przebiegu zakażenia a znikają podczas zdrowienia, t. j. w chwili gdy odporność dopiero występuje. Że aglutyniny nie świadczą o odporności, tego dowodzą w praktyce zachorzenia na dur mimo ich obecności. Opisano przypadek, dotyczący lekarza wojskowego, u którego w pół roku po szczepieniu ochronnem stwierdzono obecność aglutynin we krwi, a który mimo tego w 14 dni później zachorował na dur. Według niektórych autorów najważniejsza rola przy odporności, uzyskanej przez szczepienie ochronne, przypada opsoninom, które wytwarzają tego rodzaju wpływ na bakterye i toksyny, że one łatwiej ulegają zniszczeniu przez fagocyty. Ale także i mimo dużej ilości opsonin przeciwdurowych we krwi spostrzegano (Böhme) nawroty duru brzusznego. Ciekawem jest również zjawiskiem, że niweczniki mogą się różnie zachowywać, zależnie od szczepionki. Jeżeli n. p. wstrzyknie się szczepionkę, do której dodano karbolu, lecz którą przez dłuższy czas konserwowano, to wówczas po wstrzyknięciu powstaną we krwi zaszczepionego bardzo szybko ciała bakteryobójcze, ale aglutyniny nie powstają. Jest to wskazówką, że skuteczności szczepień nie można oceniać z występowania aglutynin. Wogóle różne ciała ochronne powstają we krwi niezależnie od siebie, mogą być wysokowartościowe surowice w kierunku aglutynacyi, a równocześnie niskowartościowe pod względem opsonin i naodwrót. Właściwa wartość pojawiania się poszczepiennych substancyi ochronnych we krwi polega według Wassermanna nie na tem, jakoby one stale pozostawały we krwi jako ochrona przed durem, lecz na tem, że ustrój, raz nauczywszy się je wytwarzać, później w razie potrzeby szybko na nowo je produkuje.

Główną podstawą, na której oparło się szerokie stosowanie szczepienia ochronnego przeciwdurowego, był przedewszystkiem stwierdzony niewątpliwie fakt nieszkodliwości szczepień tych dla ustroju, a następnie zestawienia statystyczne zachorowań na dur brzuszny i przypadków śmierci u osób ochronnie szczepionych w porównaniu z cyframi u nieszczepionych. Albowiem w przeciągu 20—25 lat od pierwszych doświadczeń w tej dziedzinie gromadzono setki tysięcy spostrzeżeń które w czasie ostatniej wojny znacznie się pomnożyły. Wyniki spostrzeżeń w przeważnej większości były już dawniej korzystne, a w całej armii Stanów Zjednoczonych już we wrześniu roku 1911 wprowadzono obowiązkowe szczepienie ochronne przeciwdurowe. Amerykański lekarz sztabowy donosi, że w roku 1898 we Floridzie było 1789 schorzeń na dur brzuszny, gdy w roku 1901 w Texas przy tem samem niebezpieczeństwie duru na 12.801 szczepionych zdarzył się tylko jeden przypadek zachorowania. We Francyi podczas epidemii wojskowej w Avignon i w Maroku w r. 1912 na 1.366 szczepionych nikt nie zachorował, a między 687 nieszczepionymi liczba zachorowań wynosiła przeszło 10°/₀. W Indyach liczba schorzeń w armii angielskiej od czasu wprowadzenia szczepienia spadła z 1·6°/₀ na 0·2°/₀, t. j. zmniejszyła się 8-krotnie. Wszystkie zestawienia statystyczne, zarówno dawniejsze jak i z ostatniej wojny wykazują, odpowiednio do warunków sanitarnych, to mniejsze to większe nasilenie liczby zachorowań na dur i przypadków śmiertelnych. Ale wszystkie są ze sobą zgodne w tym jednym najważniejszym szczególe, że procentowa liczba zachorowań i wypadków śmiertelnych po szczepieniach zmalała. Zestawiwszy bardzo liczne dostępne mi większe statystyki z czasów przed wojną ostatnią, oraz z ostatniej wojny, doszedłem do przybliżonego obliczenia, że liczba procentowa zachorowań na dur jest u szczepionych średnio trzy razy, a przypadków śmiertelnych średnio 6 razy mniejsza, niż u nieszczepionych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Izba lekarska zwraca uwagę lekarzy, że w przypadkach uszkodzeń cielesnych ma świadectwo lekarskie stwierdzić tylko samo uszkodzenie, natomiast nie powinno mieć cech skargi sądowej; zdarza się bowiem, że lekarze występują w świadectwach jakoby w roli oskarżycieli lub obrońców, co nie jest przecież ich zadaniem.

Warszawa. Sejm uchwalił ustawę o utworzeniu województw w tem brzmieniu, jak opiewał rządowy projekt ustawy, niwecząc temsamem część dokonanej dotąd organizacyi służby sanitarnej, gdyż projekt ustawy poddaje wojewódzkie urzędy sanitarne całkowicie pod władzę wojewodów.

Redakcya otrzymała. Popielski: Organoterapia w świetle faktów (Nowe Czasop. aptek 1919).

Zmarli: Dr Antoni Biesiadzki, starszy lekarz powiatowy i były dyrektor zakładu zdrojowego krynickiego w 55 r. ż. w Rzeszowie, Dr Gustaw Markwart w Dobrzyniu w 53 r. ż., Dr Stanisław Wilczyński w Sasowie w 31 r. ż., Dr Edward Oziembło w Żarkach w 37 r. ż., Dr Stefan Budziński z Zychlina w 52 r. ż., Dr Czesław Barszczewski w 56 r. ż. w Warszawie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1919:

Gazeta lekarska: Browicz: Powstawanie wrzodu żołądka (27). — Venulet: Nowe metody uproszczonej serodyagnostyki syfilisu (27—28). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze człowieka, wywołanych przez działanie na nią olejku terpentynowego (28). — Karbowski: Neuropathia acustica (29—31). — Grzywo-Dąbrowski: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej (29). — Datyner: O ranach postrzałowych pęcherza moczowego i organów moczowopłciowych (30). — Grossek: O leczeniu oparzeń (31).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych (bezterminowo) Rok IX—XIII. Nr 4. Walter: O pochodzeniu ograniczonego chłoniaka skóry.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.